महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरुको विवरण

जिल्ला:

क्र.सं.	म.स्वा.स्व.से परिचय पत्र नं.	नाम र थर	जन्म मिति	पालिका	वडा नं.	कार्यरत स्वास्थ्य संस्थाको नाम	शैक्षिक योग्यता	तालिम		बैबाहिक स्थिति		सम्पर्क नं./मोवाइल नं.
								आधारभुत तालिम लिएको मिति	पुर्नताजगी तालिम लिएको मिति	विवाहित	अविबाहित	